Aus der Universitäts-Hautklinik, Charité, Berlin
(Direktor: Professor Dr. W. Frieboes).

Der Lichen nitidus

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung des Medizinischen Doktorgrades
an der Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin

vorgelegt von

Karl Ludwig Belitz
approb. Arzt
aus Rostock

Tag der Promotion: 28. Juli 1939

VERLAG RUDOLPH PFAU :: BERLIN NW 7

M 125

Gedruckt mit Genehmigung
der
Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. Siebeck
Referent: Prof. Dr. Frieboes

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Geschichte.

Der Lichen nitidus ist zuerst im Jahre 1907 von Pinkus beschrieben worden. Pinkus beobachtete das Krankheitsbild schon seit dem Jahre 1897, und gab in einer sehr ausführlichen Arbeit an Hand von 9 selbst beobachteten Fällen eine sehr genaue Beschreibung dieser Erkrankung. Es haben sich später noch eine ganze Reihe namhafter Autoren in größeren Arbeiten mit dem Lichen nitidus beschäftigt, ohne daß, der Einförmigkeit des Krankheitsbildes entsprechend, viel Neues von wesentlicher Bedeutung dazugekommen wäre.

Häufigkeit.

Der Lichen nitidus ist eine seltene Erkrankung, die im Laufe der Jahre anscheinend zahlenmäßig noch abgenommen hat. So weist Pinkus in seiner 1907 erschienenen Arbeit auf weitere 6—8 nicht näher beschriebene Fälle hin, und betont auch, daß die Häufigkeit der Diagnose dieses Krankheitsbildes weitgehend von der Aufmerksamkeit des Untersuchers abhänge, da der Lichen nitidus infolge seiner meistens geringen Ausdehnung, seiner Unscheinbarkeit und des gänzlichen Fehlens jeglicher subjektiver Beschwerden vom Patienten selbst und vom Untersucher oft nicht bemerkt werde. Pinkus fügt noch hinzu, daß bei erhöhter Aufmerksamkeit, auch seiner Mitarbeiter, innerhalb weniger Tage 2 weitere Fälle diagnostiziert werden konnten.

Arndt beschreibt in seiner 1909 erschienenen Arbeit über den Lichen nitidus, also 2 Jahre, nachdem das Krankheitsbild zuerst mitgeteilt wurde, 12 histologisch gesicherte Fälle. Das ergibt 6 Fälle pro Jahr.

Anläßlich der Vorstellung eines Falles von Lichen nitidus durch H. Schuermann in der „Berliner Dermatologischen Gesellschaft" äußerte Löhe unter Hinweis auf Arndts 12 Fälle, daß der Lichen nitidus in den letzten Jahren anscheinend seltener geworden sei. Dem scheint die geringe Zahl der an der Berliner Univ.-Klinik beobachteten Fälle zu entsprechen. Denn aus dem gesamten Material dieser Klinik der Jahre 1933—1938 einschließlich, das in diesen 5 Jahren ca. 90 000 Zugänge umfaßt, liegen nur 4 Fälle von Lichen

nitidus vor. Das wären 0,0022% oder 0,7 Fälle pro Jahr gegenüber 6 Fällen in der Arndtschen Arbeit aus dem Material der gleichen Klinik. Das bestätigt die Ansicht von Löhe insofern, als damit die absolute Häufigkeit des Lichen nitidus auf ⅛ der früheren Zahl gesunken ist.

Hinsichtlich der kritischen Auswertung der Zahlen aus der Berlicher Haut-Poliklinik ist zu betonen, daß gerade die Berliner Polikliniken von Patienten aus aller Welt aufgesucht werden, und daß dadurch gerade seltene Dermatosen nach allgemeiner Ansicht häufig zur Beobochtung gelangen. Außerdem ist die Möglichkeit des Uebersehens einer Affektion dadurch auf das Mindestmaß herabgedrückt, daß an der Berliner Haut-Poliklinik grundsätzlich und fast ausnahmslos bei jedem Patienten die ganze Haut untersucht wird, so daß auch unerhebliche, oder vom Kranken selbst übersehene oder für unwesentlich gehaltene Dermatosen, die an sich einen Nebenbefund darstellen, kaum jemals übersehen werden dürften. So darf die Zahl von 4 Fällen als wohl der Wirklichkeit tatsächlich entsprechend angesehen werden.

Erscheinungsbild.

Der Lichen nitidus stellt nach allen in der Literatur vorliegenden Beschreibungen ein ziemlich scharf begrenztes Erscheinungsbild dar, sowohl klinisch-makroskopisch, wie auch mikroskopisch.

Die Einzeleffloreszenzen werden dargestellt als kleinste rundliche oder polygonale Knötchen von höchstens Stecknadelkopfgröße. Die Knötchen zeigen einen silberigen Glanz und können infolge ihres durchscheinenden Aussehens an Bläschen erinnern. Die Oberfläche ist plan, glänzend. In der Mitte besteht oft eine kleine Eindellung. An ihrer Praedilektionsstelle, dem Penisschaft, weisen sie annähernd den Farbton der umgebenden gesunden Haut auf, während sie an anderen Körperstellen gelegentlich mehr rötlich- oder bräunlich-gelb sind. Klinisch erkennt man an den Einzelefflorescenzen bezeichnenderweise keine verschiedenen Entwicklungsstufen. Sie konfluieren im Allgemeinen nicht, sondern zeigen im Gegenteil gegeneinander und gegen die umgebende gesunde Haut eine sehr scharfe Abgrenzung. Auch bilden sie keine charakteristischen Gruppierungen, jedenfalls nicht in typischen Fällen. Es ist in der Folgezeit noch eine andere Form beschrieben worden (Barber, Civatte), auf die später noch eingegangen wird.

Praedilektionsstellen.

Der Hauptsitz der Erkrankung ist der Penisschaft. Außerdem findet sich der Lichen nitidus auch am Scrotum, in der Leistengegend, der Unterrbauchgegend, den vorderen und hinteren Achselfalten und an der Beugeseite der Vorderarme bis zum Handgelenk. Pinkus fand ihn bei seinen 9 Fällen fast ausschließlich am Penisschaft und auch in einigen Fällen an der Glans penis, wo er nach seiner Ansicht in der Hauptsache bei Circumcidierten vorkommen soll. In ganz seltenen Fällen wurde der Lichen nitidus auch an der Mundschleimhaut beobachtet. Vgl. 1 von Barber beschriebenen, und 1 in der Berliner Haut-Poliklinik beobachteten Fall. Insgesamt ergibt sich daraus, daß, abgesehen von den Praedilektionsstellen, der Lichen nitidus an jeder Stelle der Haut, einschließlich der Schleimhaut, auftreten kann. Nur über das Auftreten des Lichen nitidus auf dem behaarten Kopf ist nichts bekannt.

Histologie.

Histologisch stellt der Lichen nitidus ein Infiltrat dar, das sich zentral zusammensetzt aus Epitheloidzellen, Fibroblasten und Plasmazellen in wechselnder Menge. Auch Langhans'sche Riesenzellen findet man in den meisten Fällen. Das Infiltrat grenzt mit einem dichten, scharf abgegrenzten Lymphocytenwall an die bis unmittelbar an den Wall heran einen völlig normalen Bau zeigende Umgebung. Höchstens findet man manchmal eine Infiltration, die sich ein ganz kurzes Stück an den Gefäßen entlang fortsetzt.

Der Eindruck, daß das Infiltrat von unten her an die Epidermis angedrückt scheint, wird dadurch hervorgerufen, daß das Epithel darüber abgeflacht ist. Die Retezapfen sind an dieser Stelle verstrichen. Häufig ragt vom Epithel her ein breiter Zapfen in das Infiltrat hinein, der in der Mitte eine Verhornung zeigt. Vom Rande des Knötchens an ist das Epithel wieder völlig normal. Die Hornschicht über dem Knötchen zeigt Hyperkeratose, und ist häufig in zwei Blätter gespalten, zwischen denen eine linsenartige, parakeratotische Hornschuppe liegt (Pinkus). Der Epithelzapfen kann fehlen. Eventuell findet man das Infiltrat auch um einen Schweißdrüsenausführungsgang herum angeordnet. Arndt fand diese Anordnung um einen Schweißdrüsenausführungsgang herum nur einmal bei ca. 148 untersuchten Knötchen.

Geschlecht und Alter.

Bei den 9 von Pinkus und den 12 von Arndt beschriebenen Fällen handelte es sich ausschließlich um erwachsene Männer, so daß zunächst der Eindruck bestand, als ob nur solche betroffen würden. Jedoch beschreibt Arndt später einen 12jährigen Jungen mit Lichen nitidus. Volk stellt die Diagnose Lichen nitidus bei einigen Fällen aus der Literatur in Frage, weil sie Kinder in den ersten Lebensjahren betrafen. Er weist weiter darauf hin, daß die Affektion bei Frauen selten sei, und dann meistens in größerer Ausdehnung bestehe. Nach dem heute in der Literatur vorliegenden Material sind jedoch Frauen und Kinder gar nicht so selten befallen, wenn auch die Zahl der betroffenen Kinder verhältnismäßig gering ist.

Atypisches Bild des Lichen nitidus.

Ueber ein atypisches Erscheinungsbild des Lichen nitidus berichtet Barber an Hand von 3 von ihm selbst beobachteten Fällen. Er hält die Erkrankung für nicht selten und weist darauf hin, daß der Lichen nitidus in manchen Fällen einen nicht unbedeutenden Nebenbefund darstellt, sondern sogar das Bild einer großen Dermatose annehmen kann. Barber beschreibt diese Erscheinungsform des Lichen nitidus folgendermaßen:

„Die Knötchen sind meist nicht von der Farbe der umgebenden Haut, sondern rötlich, oder rötlich-gelb. Manchmal gleichen sie durch ihre translucide Natur kleinen Bläschen, wie bei den Sagokörnern der Dyshirosis, sind aber keine Bläschen. Bei Glasdruck erscheinen sie opalescierend und dunkler als die umgebende blutleere Haut. Ist die Krankheit sehr verbreitet, dann verliert sie ihren Knötcheneindruck stellenweise. Die größeren Herde sehen wie pityriasiforme Flächen aus, die ein sehr charakteristisches Aussehen haben, wenn man sie erst einmal erkannt hat. Sie sind rötlich-gelb, namentlich an den Beugeflächen, bräunlich, namentlich an den Streckseiten, oder rötlich-violett. Am Bauch, Leisten und Oberschenkel waren aber immer typische Knötchen vorhanden. Diese flächenhafte Ausbreitung nimmt vorzugsweise Ellenbogen und Kniekehlen ein, kommt aber auch an der Vorderfläche der Handgelenke und des unteren Teils der Vorderarme vor, an Knie und Ellenbogen, an den Nackenfalten, der Unterbrustgegend der Frauen, Leisten und Oberschenkeln, Palma, Planta und Dorsalseiten von Hand und Fuß. An Ellenbogen und Knie sind die Herde dreieckig, mit der Spitze

nach unten, ähnlich Lichenificationen, aber ohne Verstärkung der Falten. Schuppen sehr gering. Die Aehnlichkeit mit „Lichenfication" ist an den Beugeflächen stärker als an den Streckseiten, aber es fehlt die Verdickung der Haut, Ausprägung der normalen Hautfalten, die Farbe ist heller rot oder mehr rötlich-gelb, manchmal violett, aus der Entfernung ähnlich einer cutis marmorata. In einem Falle bestand eine äußerst starke Hyperkeratose der Hände und Füße mit papillären Hervorragungen an der Seite der Zehen. Zweimal waren die Nägel brüchig und gespalten. Einmal war die Schleimhaut des harten Gaumens befallen.

Verlauf, Therapie.

Der Verlauf des Lichen nitidus ist sehr chronisch. Viele Fälle wurden jahrelang beobachtet, bei denen sich die Affektion in keiner Weise veränderte. Da, wie schon vorher erwähnt, subjektive Beschwerden in fast allen Fällen fehlen, und der Lichen nitidus auch ohne jede Therapie in vielen Fällen verschwindet, hat man häufig auf eine Therapie ganz verzichtet, oder sich auf einen Versuch mit Arsen oder Tuberkulinbehandlung, entsprechend der Einstellung der Untersucher bezüglich der Aetiologie des Lichen nitidus, auf die später noch eingegangen wird, beschränkt. Pinkus verzichtete in allen 9 Fällen, die er in seiner ersten Arbeit beschreibt, überhaupt auf jede Therapie, um den Verlauf der Erkrankung unbeeinflußt beobachten zu können.

Wenn es zur Abheilung kommt, verschwindet der Lichen nitidus, ohne eine Spur zu hinterlassen.

Differentialdiagnose.

Differentialdiagnostisch kommt für den Lichen nitidus in Betracht:

1. Der Lichen ruber planus. Vom fertig ausgebildeten Lichen ruber-Knötchen ist er im Allgemeinen schon durch die Verschiedenheit des Farbtons zu unterscheiden. Ferner durch die regelmäßig zu beobachtende Kleinheit seiner Einzelefflorescenzen, die höchstens Stecknadelkopfgröße erreichen. Weiter zeigt der Lichen nitidus so gut wie nie Neigung zu Ringbildungen oder zum Konfluieren. Der Juckreiz fehlt.

Schwierig kann dagegen die Abgrenzung gegenüber nicht fertig ausgebildeten Lichen ruber-Knötchen sein, die nach Volk, Arndt,

Pinkus große Aehnlichkeit mit dem Lichen nitidus-Knötchen haben können, sowohl mikroskopisch, wie auch makroskopisch.

2. Kommt in Betracht der Lichen scrofulosorum, der sich aber schon durch seine überwiegend folliculäre Anordnung vom Lichen nitidus unterscheiden läßt, ferner auch durch die stärkere Schuppung.

3. Arndt weist auch auf die Aehnlichkeit des Lichen nitidus mit planen Warzen hin, die sich aber als epidermale Papeln leichter abkratzen lassen als der Lichen nitidus, und auch eine deutliche Körnung aufweisen.

Aetiologie.

Die Frage der Aetiologie des Lichen nitidus ist bis heute noch nicht geklärt. Einige Autoren rechnen ihn zu den Tuberkuliden, andere hingegen zum Lichen ruber planus. Jedoch ist es bisher noch nicht gelungen, seine Zugehörigkeit zu der einen oder der anderen Gruppe zu beweisen. Volk rubriziert den Lichen nitidus unter die „Krankheiten, deren tuberkulöse Aetiologie noch nicht geklärt ist", ein. Darier hingegen hält ihn für eine „atypische Form des Lichen ruber planus mit einer besonderen histologischen Struktur".

In der Literatur finden sich eindrucksvolle Fälle, die teils für die eine, teils für die andere Auffassung sprechen.

Ehe ich einige der tuberkulösen Aetiologie entsprechenden Fälle anführe, will ich noch auf die Möglichkeiten des Tuberkulosenachweises eingehen, die nach Hämel und Hoede, speziell bei Hauterkrankungen, zur Verfügung stehen. Dabei ist besonders zu berücksichtigen, daß die tuberkuloide Struktur einer Herdes nicht das Vorliegen einer Tuberkulose beweist. Vielmehr gehören dazu andere Kriterien:

1. Der mikroskopische Nachweis des Erregers selbst. Er ist bei negativem Ausfall nicht beweisend. Beispielsweise müssen beim Lupus vulgaris oft viele Knötchen durchsucht werden, ehe ein Tuberkelbacillus gefunden wird.

2. Die Kultur. Sie spielt besonders für den Nachweis der Tuberkulose an der Haut eine untergeordnete Rolle, da ihr Angehen nur selten gelingt, und außerdem die Möglichkeit besteht, daß andere Bakterien mit auf die Kultur kommen und das Wachstum der Tuberkelbazillen verhindern, oder auch Tuberkelbazillen, die mit dem zu untersuchenden Herd nichts zu tun haben.

3. Der Tierversuch ist insofern bei der Untersuchung der Hautkrankheiten nicht immer zuverlässig, als so geringe Mengen von Tuberkelbazillen, wie sie in den Hautveränderungen meistens nur zu finden sind, durch die natürlichen Abwehrkräfte des Tieres vernichtet werden können.

4. Die Tuberkulinreaktionen, von denen im Wesentlichen vier Formen gebräuchlich sind:

a) Die cutane Reaktion (Pirquet).
b) Die percutane Reaktion (Moro, Doganoff).
c) Die intracutane Reaktion (Mantoux).
d) Die subcutane Reaktion.

Die positive cutane, percutane oder intracutane Reaktion beweist im Allgemeinen nur, daß der Körper überhaupt einmal eine Tuberkulose durchgemacht hat. Der negative Ausfall hingegen, der bei Erwachsenen selten ist, schließt bei fraglichen Erkrankungen die Tuberkulose aus, da er beweist, daß der Körper noch nichts mit Tuberkulose zu tun gehabt hat. Bei der subcutanen Applikation des Tuberkulins jedoch beobachtet man bei positivem Ausfall nach 6—24 Stunden Lokalreaktion an allen tuberkulösen Krankheitsherden. Diese Lokalreaktionen werden als beweisend für die tuberkulöse Herkunft der betreffenden Herde angesehen.

Es kann jedoch auch bei percutaner Anwendung des Tuberkulins zu einer ausgesprochenen Lokalreaktion kommen (ein später zitierter, von G. Fischer beschriebener Fall).

Arndt beschreibt in einer späteren Arbeit zwei Fälle von Lichen nitidus, die fragliche Beziehungen zur Tuberkulose aufweisen:

Bei dem ersten Fall, der das typische Bild des Lichen nitidus zeigte, waren Wa-R und Pirquet negativ. Auch die Ziehl-Neelsensche Färbung ergab ein negatives Resultat. Bei prolongierter Gramfärbung fand sich ein grampositives, leicht gekrümmtes Stäbchen (Von Arndt selbst nicht als Tuberkelbacillus bezeichnet.).

Bei diesem Fall spricht die negative Pirquet-Reaktion etwas gegen eine überhaupt durchgemachte Tuberkulose.

Der zweite Fall betraf eine Frau, die aus tuberkulöser Familie stammte, und deren Ehemann auch tuberkulös war. An ihr selbst konnten außer einer stark positiven Pirquet-Reaktion keine Anzeichen von Tuberkulose gefunden werden.

Besonders eindrucksvoll ist ein von Lewandowsky beschriebener Fall, der der Auffassung, daß es sich beim Lichen nitidus um ein Tuberkulid handele, als gewisse Stütze dienen könnte.

Es handelte sich um einen sonst auffallend kräftig und gesund aussehenden Mann, der wegen einer Lues den Arzt aufsuchte. Hier bestand seit Jahren ein Lichen nitidus am Penis. Drei Jahre nach der ersten Feststellung war er zum größten Teil spontan abgeheilt. Nach weiteren drei Jahren erkrankte der Patient an einer tuberkulösen Pleuritis, mit der gleichzeitig ausgedehnte neue Lichen-nitidus-Herde auftraten, und zwar jetzt auch an den Beugeflächen beider Vorderarme.

Das Auffallendste hieran ist das zeitliche Zusammenfallen der tuberkulösen Pleuritis mit dem Neuausbruch des Lichen nitidus. Immerhin kann natürlich dieser Fall keineswegs als beweisend in diesem Sinne angesehen werden, wenn man auch gefühlsmäßig dazu neigen möchte. Einmal ist an eine zufällige Kombination zu denken und schließlich auch an irgendwelche unspezifische, im Einzelnen nicht zu erfassende Fehler bezüglich der Tuberkulose.

Pinkus berichtet 1924 über einen Fall von Lichen nitidus bei einer Frau, die eine Aussaat von kleinsten Knötchen aufwies, die teils dem Lichen scrofulosorum ähnelten, teils dem Lichen nitidus. Auf Alt-Tuberkulin zeigte sich eine starke Reaktion aller Knötchen. Nach dem histologischen Befund handelte es sich um einen Lichen nitidus.

Artom beschreibt zwei Fälle, bei denen ein Lichen nitidus neben einem papulo-nekrotischen Tuberkulid bestand. In beiden Fällen handelte es sich um familiär und persönlich schwer mit Tuberkulose belastete Kinder. Die Diagnose war in beiden Fällen histologisch gesichert.

G. Fischer berichtet über einen Fall von generalisiertem Lichen nitidus. Mit Moros diagnostischer Tuberkulinsalbe wurde auf der gesunden Haut eine schwache, auf den Efflorescenzen nach 12 Stunden eine deutliche Reaktion erzielt.

Von Burnier und Rejsek wird folgender Fall beschrieben: 24jähriger Mann. Typischer Lichen nitidus an beiden Vorderarmen, am Penis und an der linken Flanke. Intracutane Tuberkulinprobe stark positiv. Sonst kein Anhalt für eine bestehende Tuberkulose. Nach Behandlung mit Tuberkulin und kakodylsaurem Natron leichte Besserung.

Dies sind die wichtigsten Fälle aus der Literatur, bei denen sich irgendeine Kombination des Lichen nitidus mit Tuberkulose fand. Als gewisse Stütze für die Theorie, daß es sich beim Lichen nitidus um ein Tuberkulid handele, können folgende Fälle dienen:

1. Der Fall von Lewandowsky, bei dem mit der tuberkulösen Pleuritis gleichzeitig der starke Neuausbruch des vorher bis auf geringe Reste abgeheilten Lichen nitidus auftrat.

2. Der Fall von Pinkus, der an allen, teils dem Lichen nitidus, teils dem Lichen scrofulosorum ähnlichen, histologisch aber einwandfreien Lichen nitidus-Knötchen mit Alt-Tuberkulin eine starke Lokalreaktion zeigte.

3. Der Fall von G. Fischer, der wie der vorige Fall auf Tuberkulin eine starke Lokalreaktion aufwies.

Nach Hämel und Hoede müßte sogar bei den beiden letztgenannten Fällen die Lokalreaktion als *Beweis* für die tuberkulöse Herkunft der Efflorescenzen angesehen werden.

Weniger zu bewerten sind schon die Fälle, bei denen sich lediglich ein Nebeneinandervorkommen eines Tuberkulids und eines Lichen nitidus zeigt, wie bei den von Artom beschriebenen Fällen.

Nicht zu verwerten ist der Fall von Burnier und Rejsek, da man die Besserung nicht allein der Tuberkulinbehandlung zuschreiben kann, ganz abgesehen davon, daß das auch nichts beweisen würde, denn es wurde nebenbei mit kakodylsaurem Natron behandelt. Man hätte sonst vielleicht ex juvantibus, wenn auch mit Zurückhaltung, auf die tuberkulöse Aetiologie dieser Efflorescenzen schließen können. Ebensowenig sind die von Arndt beschriebenen Fälle in dieser Richtung zu verwerten. Der erste Fall wies einmal eine negative Pirquet-Reaktion auf, außerdem hat Arndt das von ihm gefundene Stäbchen nicht als Tuberkelbacillus bezeichnet. Der zweite Fall wies zwar eine stark positive Pirquet-Reaktion auf, die jedoch nur aussagt, daß der Körper sich überhaupt einmal mit der Tuberkulose beschäftigt hat.

Diesen Fällen von Kombination des Lichen nitidus mit Tuberkulose kann man eine ganze Reihe von Fällen gegenüberstellen, bei denen der Lichen nitidus mit einem Lichen ruber planus kombiniert war.

Civatte beschreibt einen solchen Fall, bei dem es sich um einen neben einem Lichen ruber planus bestehenden atypischen Lichen nitidus handelte, ähnlich der von Barber beschriebenen Form.

Ueber zwei Fälle, bei denen er sich allerdings nicht auf die Diagnose Lichen nitidus festlegt, berichtet Pick. In beiden Fällen bestanden neben einem Lichen ruber planus Efflorescenzen, die für einen Lichen nitidus sprachen. Auch histologisch handelte es sich teils um einen typischen Lichen ruber planus, teils um Bilder, die an tuberkuloides Gewebe erinnern. Bei dem ersten Fall fanden sich Zellen, die den epitheloiden sehr ähnlich sahen und daneben reichlich Plasmazellen; bei dem zweiten Fall Langhanssche Riesenzellen, spärliche Zellen von epitheloidem Charakter und Plasmazellen.

Haynes berichtet über einen Fall, bei dem sowohl das klinische wie auch das histologische Bild für den Uebergang eines Lichen nitidus in einen Lichen ruber planus sprach. Der Lichen nitidus bestand sechs Monate ohne Juckreiz, dann stellte sich später Juckreiz ein und es trat ein typischer Lichen ruber planus auf. Beide Bilder bestanden dann nebeneinander.

Einen eigenartigen Fall beschreibt Appel. Es handelte sich um einen Neger. Von Anfang an stimmte das histologische Bild mit dem des Lichen ruber planus überein, während man klinisch einen Lichen nitidus angenommen hatte. Der Patient wurde ohne Erfolg mit Arsen und Strychnin behandelt.

Zwei Jahre später hatte sich das Bild so verschoben, daß die Affektion klinisch teilweise wie ein Lichen ruber planus aussah, während die histologische Untersuchung einen Lichen nitidus ergab.

Auch Barber berichtet über einen Fall, der klinisch mehr nach einem Lichen ruber planus aussah, histologisch aber das Bild eines Lichen nitidus zeigte. Es bestanden bei diesem Falle Hyperkeratosen an den Handflächen. Auch war die Mundschleimhaut befallen. Barber weist auch an anderer Stelle auf solche Fälle hin und auf das Nebeneinandervorkommen des Lichen nitidus und des Lichen ruber planus. Er hält es für möglich, daß es sich beim Lichen nitidus um eine Abart des Lichen ruber planus handelt.

Der gleichen Meinung ist Dowling, der an Hand eines solchen Falles die Schwierigkeit der Abtrennung des einen Krankheitsbildes vom anderen bespricht.

Noch weiter geht Raszkes, der den Lichen nitidus für die tuberkulöse Varietät des Lichen ruber planus bei tuberkulösen Individuen hält. Auch Raszkes beschreibt einen Fall von Kombination beider Krankheitsbilder.

Ueber weitere derartige Fälle berichten Lewis und Sibley.

Auch bei zweien von den vier an der Berliner Haut-Klinik bzw. -Poliklinik beobachteten Fällen bestand der Lichen nitidus neben einem Lichen ruber planus.

Der erste Fall betraf einen 21jährigen Mann aus gesunder Familie. Der Patient selbst war immer gesund gewesen. Er kam zur Aufnahme wegen eines ausgedehnten seborrhoischen Ekzems. Außerdem bestand seit fünf Jahren ein Lichen ruber planus an den Extremitäten, in der rechten Leistenbeuge und am Penisschaft. Neben den Lichen ruber-Efflorescenzen am Penisschaft befanden sich zahlreiche typische Lichen nitidus-Knötchen. Das histologische Bild zeigte neben dem typischen Lichen ruber planus das kleine, durch einen Lymphocytenwall scharf gegen die gesunde Umgebung abgegrenzte tuberkelartige Gebilde. Es bestand zentral aus Epitheloidzellen, Fibroblasten und einigen Plasmazellen. Auch Langhanssche Riesenzellen waren vorhanden.

Das Bemerkenswerte an diesem Falle ist, daß der Lichen nitidus unter Arsenmedikation mit dem Lichen ruber planus zusammen innerhalb von 5 Wochen abheilte. Ein Anhalt für eine bestehende Tuberkulose war bei diesem Patienten nicht gefunden worden.

Bei einem weiteren eigenen Falle handelte es sich um einen sonst gesunden 36jährigen Mann, der seine Hauterscheinungen seit einem Jahre bemerkte. Es bestand ein Lichen ruber planus an den Beugeseiten der

Unterarme, im sulcus coronarius und im Unterlippenrot. Daneben fanden sich auf dem Penisschaft stecknadelkopfgroße, einzelnstehende grauweiße Knötchen, die bei seitlicher Beleuchtung glänzen. Sie sind morphologisch vom Lichen nitidus nicht zu unterscheiden. Eine histologische Untersuchung konnte nicht durchgeführt werden, so daß der Fall in seiner Bewertung vorsichtig anzusehen ist.

Bei einem weiteren Falle, der leider auch nicht histologisch untersucht werden konnte, handelte es sich um einen generalisierten Lichen nitidus bei einem 40jährigen, sonst gesunden Mann. Die Affektion bestand an Händen und Unterarmen seit fünf Jahren, die übrigen Erscheinungen waren in den letzten Jahren aufgetreten. Der Befund war folgender:

Sitz der Erkrankung in symmetrischer Vetreilung die Beugeseiten der Unterarme in bald dichterer, bald lichterer Aussaat. Außerdem befallen die Ellenbeuge rechts, mit einem handtellergroßen Herd die Hüftpartie links, einzelne Fingerrücken, hintere Achselfalten und mit einzelnen Efflorescenzen die Wangenschleimhaut. Die an der Wangenschleimhaut bestehenden Efflorescenzen sind stecknadelkopfgroß, graurot und wölben sich ganz wenig vor. An der übrigen Haut handelt es sich um stecknadelkopfgroße, runde, glänzende Knötchen von sagokornartigem Aussehen, die teilweise follicular angeordnet sind und im Zentrum etwas gedellt erscheinen.

Der vierte Fall betrifft ein 12jähriges Mädchen. (Vorgestellt von H. Schuermann in der Berliner Dermatolgoischen Gesellschaft. Februarsitzung 1939.)

Die Affektion bestand seit zwei Jahren und hat anfänglich angeblich etwas gejuckt, in letzter Zeit aber nicht mehr. Befallen sind: die Handgelenkbeuge beiderseits, das untere Drittel der Unterarmbeugeseiten und die rechte Schulter. Es handelt sich um stecknadelkopfgroße, niemals gruppierte, in teils dichterer, teils lichterer Anordnung stehende, an der Oberfläche etwas plane und wie gedellte Knötchen, die zur Hohlhand hin dichter stehen und sich proximal verlieren. Die Intracutanprobe mit Tuberkulin in einer Verdünnung bis 1 : 100 war negativ.

Das histologische Bild ist typisch für den Lichen nitidus: Das kleine tuberkelartige Gebilde, an die etwas verdünnte Epidermis angelagert, mit einem scharfen Lympocytenwall gegen die gesunde Umgebung abgegrenzt. Zentral besteht es aus Epitheloidzellen, Fibroblasten und einigen Plasmazellen. Auch Langhanssche Riesenzellen finden sich in ziemlich reichlicher Menge. Das Ganze ist um einen Schweißdrüsenausführungsgang herum angeordnet.

Zu bemerken ist zu dem ersten Fall: Die Abheilung des Lichen nitidus gleichzeitig mit dem Lichen ruber planus auf Arsenbehandlung hin.

Zu dem zweiten Fall: Die Kombination mit dem Lichen ruber planus (nicht histologisch).

Zu dem dritten Fall: Die Schleimhautbeteiligung, deren makroskopisches Erscheinungsbild sich genau mit einem von Arndt beschriebenen deckt.

Zu dem viertenl Fall: Die von H. Schuermann ausdrücklich betonte negative Tuberkulinreaktion bei einer Verdünnung bis 1 : 100. D. h., eine Tuberkulose besteht bei dem Kinde nicht. Der vorliegende Lichen nitidus hat also mit einer Tuberkulose nichts zu tun.

Wenn man nun den Lichen nitidus in Beziehung bringen will zum Lichen ruber planus, ergibt sich die Notwendigkeit, sich mit der Frage der Aetiologie dieses Krankheitsbildes zu beschäftigen. Hier gibt es nach Naegeli zwei Theorien:

1. Die nervöse Theorie. Dafür sprechen:
   a) Auftreten der Lichen ruber nach schweren nervösen Erregungen.
   b) Häufiges Vorkommen bei Nervösen.
   c) Die Beobachtung, daß sich der Lichen ruber gelegentlich längs des Verlaufs eines Nerven findet.
   d) Der hochgradige Juckreiz.
   e) Die verschiedentlich beobachtete günstige Beeinflussung durch Lumbalpunktion.
   f) Heilwirkungen durch Röntgen-Segmentbestrahlungen.
2. Die infektiöse Theorie. Sie wird begründet durch:
   a) Das makroskopische Verhalten und die anatomische Struktur der Lichenpapeln.
   b) Beobachtung von exanthematischen Aussaaten nach Vorausgehen von Einzelherden.
   c) Regionäre Lymphdrüsenschwellungen.
   d) Häufig beobachtetes Auftreten an Stellen von Traumen.
   e) Zeitlich gehäuftes Auftreten.
   f) Das familiäre und konjugale Auftreten des Lichen ruber in übereinstimmenden Formen.

Eine weitere Theorie über die Aetiologie des Lichen ruber planus ist die von Milian aufgestellte, daß der Lichen ruber ein Tuberkulid sei. Milian begründet das folgendermaßen:

1. Die parasitäre Herkunft des Lichen ruber schien ihm ohne Zweifel zu sein auf Grund der familiären und konjugalen Fälle von Lichen ruber und auf Grund der Natur des Infiltrats, die an die der chronischen Infektionen erinnerte.

2. In der Häufigkeit der Lichen ruber im Verlaufe einer Goldtherapie sieht Milian einen Fall von direktem Biotropismus durch das Aktivieren einer tuberkulösen Infektion.

3. Milian ist der Meinung, daß sogar die lichenoiden Syphilide tuberkulöser Natur seien und konnte dabei gleichzeitig histologisch die Veränderungen des Lichen ruber feststellen. Die Intradermalreaktion mit Tuberkulin war in 3 Fällen positiv, als sie angestellt wurde.

4. Einige anormale Formen des Lichen ruber schienen ihm gewisse Beziehungen zur Tuberkulose zu haben. Z. B. der Lichen corneus verrucosus zur Tuberculosis verrucosa und der Lichen nitidus zu einem Tuberkulid. So kommt Milian zu der Folgerung, daß der Lichen ruber ein Tuberkulid sei.

Im Allgemeinen wird diese Theorie abgelehnt. In letzter Zeit allerdings haben sich verschiedene Autoren für diese Auffassung eingesetzt.

Racouchot zieht an Hand eines Falles, bei dem er eine Kombination von Lichen ruber planus mit Lupus erythematodes sah, unter Hinweis auf die Milian sche Theorie die tuberkulöse Aetiologie des Lichen ruber in Erwägung.

Burnier findet, daß verschiedene klinische therapeutische und experimentelle Argumente für eine tuberkulöse Aetiologie des Lichen ruber planus sprechen.

Gougerot möchte die Trennung des Lichen nitidus und des Lichen ruber überhaupt fallen lassen und folgert dann aus der tuberkuloiden Struktur des Lichen nitidus, daß auch der Lichen ruber planus ein Tuberkulid sei.

Wenn man die vorstehenden Fälle von Lichen nitidus auf die Frage der Aetiologie hin betrachtet, so findet man, daß sich sowohl die eine, wie auch die andere Theorie mit einem gewissen Recht vertreten läßt. Eine Entscheidung kann erst dann getroffen werden, wenn es gelingt, einerseits beim Lichen nitidus die tuberkulöse Aetiologie einwandfrei nachzuweisen, andererseits die des Lichen ruber planus zu klären.

Solange das nicht der Fall ist, könnte man die Frage aufwerfen, ob der Lichen nitidus überhaupt ein ätiologisch einheitliches Krankheitsbild darstellt, oder ob er nicht gewissermaßen ein Syndrom darstellt, das sowohl durch die Tuberkulose, als auch durch den Lichen ruber planus hervorgerufen werden kann.

Zusammenfassung.

Der von Pinkus 1907 zuerst beschriebene Lichen nitidus ist eine seltene Erkrankung, die in den letzten Jahren noch an Häufigkeit abgenommen zu haben scheint.

In dem gesamten Material der Berliner Haut- und Poliklinik aus den Jahren 1933—1938 (ca. 90 000 Zugänge) liegen nur 4 Fälle von Lichen nitidus vor.

Beim Lichen nitidus handelt es sich um einen Knötchenausschlag von meist geringer Ausdehnung. Charakteristica: höchstens stecknadelkopfgroße, runde oder polygonale Knötchen, die einen silberigen Glanz aufweisen. Beim typischen Bild kein Konfluieren. Scharfe Abgrenzung der Knötchen gegeneinander und gegen die gesunde Umgebung.

Praedilektionsstellen sind hauptsächlich: der Penisschaft, das Scrotum, die Unterbauchgegend. Manchmal sind auch befallen die Beugeseiten der Vorderarme, die vorderen und hinteren Achselfalten und die Glans penis.

Histologisch bildet der Lichen nitidus ein tuberkelähnliches Infiltrat in den obersten Cutisschichten. Das Knötchen ist durch einen dichten Lymphocytenwall gegen die gesunde Umgebung abgegrenzt. Zentral finden sich Epitheloidzellen, Plasmazellen und Fibroblasten. Auch Langhans'sche Riesenzellen in wechselnder Menge.

Während es anfangs schien, als seien nur Männer befallen, sind in späterer Zeit viele Fälle bekannt geworden, in denen Frauen und Kinder befallen waren. Kinder scheinen jedoch seltener betroffen zu sein.

Es sind noch atypische Fälle beschrieben worden, bei denen es sich um eine konfluierende Form handelt, die sogar das Bild einer großen Dermatose bieten kann. Es ist hierbei auch Mundschleimhautbeteiligung beobachtet worden.

Der Verlauf ist chronisch. Der Lichen nitidus pflegt auch ohne Therapie zu verschwinden. Eine wirklich wirksame Therapie ist nicht bekannt. Wegen der Geringfügigkeit des Krankheitsbildes wird häufig auf eine Therapie überhaupt verzichtet. Versuche mit Tuberkulin oder Arsen hatten zweifelhaften Erfolg. Die Abheilung erfolgt ohne Hinterlassung von Spuren.

Differentialdiagnostisch kommen in Frage: Die noch unfertigen Knötchen des Lichen ruber planus, mit denen der Lichen nitidus sowohl makroskopisch wie auch mikroskopisch große Aehnlichkeit haben kann.

Außerdem kommt noch in Frage der Lichen scrofulosorum, der sich aber vom Lichen nitidus durch seine folliculäre Anordnung und die stärkere Schuppung, ferner meistens auch durch seine größere Ausdehnung unterscheidet.

Die Aetiologie des Lichen nitidus ist unbekannt. Es gibt darüber 2 Theorien. Nach der einen soll der Lichen nitidus zu den Tuberkuliden gehören, nach der zweiten zum Lichen ruber planus.

Die Möglichkeiten, die tuberkulöse Eigenschaft eines Krankheitsherdes nachzuweisen, sind:

1. Der mikroskopische Nachweis des Tuberkelbacillus.
2. Die Kultur.
3. Der Tierversuch.
4. Die Tuberkulinreaktionen.
   a) cutane Reaktion
   b) percutane Reaktion
   c) intracutane Reaktion.
   d) subcutane Reaktion.

Als einzig zuverlässige Methode für die Erkennnung von Tuberkulose bei Hautkrankheiten hat sich neben dem mikroskopischen Nachweis des Tuberkelbacillus die subcutane Tuberkulinreaktion erwiesen, bei der im Falle der positiven Reaktion die in Frage kommenden Efflorescenzen reagieren, und damit die tuberkulöse Aetiologie bewiesen ist.

Es folgen einige Fälle von Lichen nitidus aus der Literatur, die irgendwelche Beziehungen zur Tuberkulose aufweisen. Diese Fälle können zum Teil als Stütze dienen für die Theorie, daß der Lichen nitridus ein Tuberkulid sei. Es wird über einen eigenen Fall berichtet, bei dem der Lichen nitidus sicher nicht tuberkulöser Natur ist, da die Intracutanprobe mit Tuberkulin in einer Verdünnung bis 1 : 100 negativ ausfiel.

Auch die Kombination des Lichen nitidus mit dem Lichen ruber planus ist nicht selten. Es sind die eindrucksvollsten Fälle hiervon aus der Literatur angeführt, die die Beobachter veranlaßt haben, sich der zweiten Theorie zuzuwenden. Es liegen 2 entsprechende Fälle von Lichen nitidus aus der Berliner Haut-Poliklinik vor,

die eine Kombination mit Lichen ruber planus aufweisen. Bei einem Fall besteht Mundschleimhautbeteiligung.

Es können jedoch alle diese Fälle bezüglich der Zuordnung des Lichen nitidus zum Lichen ruber planus nicht viel besagen, da die Aetiologie des Lichen ruber planus nicht bekannt ist. Es bestehen hierüber hauptsächlich 2 Auffassungen:

1. Die einer nervösen Aetiologie.
2. Die einer infektiösen Aetiologie.

Die Ansicht Milians, daß der Lichen ruber planus ein Tuberkulid sei, wird wohl allgemein abgelehnt.

Nach dem heutigen Stand der Kenntnisse kann man die Frage aufwerfen, ob es sich beim Lichen nitidus überhaupt um ein selbständiges Krankheitsbild handelt, oder ob das Bild sowohl von der Tuberkulose wie auch vom Lichen ruber planus hervorgerufen werden kann.

Zum Schlusse der Arbeit danke ich Herrn Prof Dr. Frieboes für die Ueberlassung des Materials und Herrn Dr. med. habil. H. Schuermann für die freundliche Unterstützung.

Literatur.

Arndt: Dermat. Z. 16, 551 (1909).
Appel: Zbl. f. Dermat. L. S. 599.
Artom: Zbl. f. Dermat. IL. S. 345.
Barber: Zbl. f. Dermat. XXXVIII S. 804.
— Zbl. f. Dermat. XXV S. 418.
— Zbl. f. Dermat. XXII S. 387.
— Zbl. f. Dermat. XX S. 892.
Civatte: Bull. Soc. franc. Dermat. 22 (1911) S. 65.
— Bull. Soc. franc. Dermat. 7 (1938) S. 1464.
Darier: Grundriß f. Dermat. S. 124.
Dowling: Zbl. f. Dermat. XXV S. 223.
Fischer, G.: Zbl. f. Dermat. XXX S. 180.
Haynes: Zbl. f. Dermat. LVI S. 633.
Hämel und Hoede: Arzt-Zieler, Handb. f. Haut- u. Geschl.-Kr. III S. 549.
Kwiatkowsky: Zbl. f. Dermat. LX S. 29.
Lewis: Zbl. f. Dermat. LVIII S. 99.
Milian: Bull. Soc. franc. 1933, 114.
Pinkus: Arch. f. Dermat. 85, 1907, S. 11.
— Zbl. f. Dermat. XII S. 122.
Pick: Zbl. f. Dermat. XXI, S. 151.
Raszkes: Zbl. f. Dermat. XLVIII, S. 46.
Schuermann, H.: Zbl. f. Dermat. 1939.
Sibley: Zbl. f. Dermat. XXXVIII S. 236.
Volk: Handb. d. Haut und Geschl. Jadassohn Bd. XI, S. 406.
Burnier: Zbl. f. Dermat. LX S. 29.
— und Rejsek: Zbl. f. Dermat. XXVI S. 292.

Lebenslauf.

Ich, Karl Ludwig Belitz, Sohn des Stadtrats a. D. Dr. Hans Belitz und seiner Ehefrau Elise Charlotte geb. Voß, bin geboren in Rostock i. M. am 31. Juli 1908.

Ich besuchte die Gymnasien in Hamburg, Parchim i. M. und Rostock i. M., wo ich im März 1930 das Abiturientenexamen bestand.

Mein medizinisches Studium begann ich im Sommersemester 1930 in Wien, das zweite Semester studierte ich in München und die übrigen neun Semester in Rostock, wo ich im April 1936 das medizinische Staatsexamen bestand.

Das Medizinalpraktikantenjahr leistete ich an der II. Med. Klinik der Charité in Berlin ab und arbeite seit dem 1. Juni 1937 an der Universitätsklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Berlin.